UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 27

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES Anévrysmes des Artères de la Fesse et de leur Traitement Chirurgical par la méthode indirecte

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

Maurice FALCETO

MEMBRES DU JURY.... MM. DUCUING, *Président*
VIRENQUE
RIEUNAU *Assesseurs.*
LASSERRE
GRIMOUD *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1949

CONTRIBUTION A L'ETUDE

des Anévrysmes des Artères de la Fesse

et de leur Traitement Chirurgical

par la méthode indirecte

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE - CALVET.

Professeurs honoraires
MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, ARGAUD, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY CLERMONT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER	Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Clinique médicale	TAPIE ROQUES	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique obstétricale	GUILHEM	Pathologie interne et clinique des maladies de la tub-rculose	MOREL
Physiologie	SOULA	Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Matière médicale	VINCENT
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Anatomie	VALLOIS	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Histoire naturelle	LAZORTHES	Chimie biologique	VALDIGUIE.
	DELAS	Méd cine légale et du travail	PLANQUES
		Histologie et embryologie	BROUSSY.
		Médecine Sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologié	M. BAISSET,	Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	POULHÈS ch. d. f.	Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Histologie	BIMES, ch. des t.		
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),	Pharmacie	COUTURIER.
		Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
		Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Ophtalmologie	DEODATI.	Odonto-Stomatologie	CADENAT
Physique Médicale	MARQUES.		
Obstétrique	PONTONNIER, ch. d. f.		

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Parasitologie	LASSERRE
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)	Hydrologie et géologie	ASTRE
Chimie minérale	BLANC	Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.	Pharmacodynamie	BAISSET
Législation pharmaceutique	BGUISSET	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)	Urologie	LHEZ.
Microbiologie	DAMBRIN (P.) BOUISSET	Ophtalmologie	DEODATI.
		Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
		Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 27

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES Anévrysmes des Artères de la Fesse et de leur Traitement Chirurgical par la méthode indirecte

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

Maurice FALCETO

MEMBRES DU JURY.... MM. DUCUING, *Président.*
VIRENQUE
RIEUNAU *Assesseurs.*
LASSERRE
GRIMOUD *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1949

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

Un pieux hommage de son petit-fils.

A MON GRAND-PERE

Bien affectueusement.

A MON PERE

qui a entouré ma jeunesse de tendresse et de sollicitude, qui m'a donné l'exemple d'une vie active dans l'honneur et le sens du devoir.

ET A MA MERE

dont la joie en ce jour ne me fait pas oublier tout ce qu'elle a fait pour moi.

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial pour tout ce que je leur dois.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT GUIDE

Que chacun trouve ici sa part de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SOUBIRAN

ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux

Chirurgien de l'Hôpital de Tarbes

qui nous a attribué ce travail comme sujet de thèse et nous a permis d'utiliser les documents cliniques personnels qu'il avait pu recueillir sur cette question.

Guide sûr et bienveillant, vous m'avez prodigué conseils et encouragements. Je n'oublierai jamais votre amitié née au cours de mon internat à l'Hôpital de Tarbes ni la peine que vous vous êtes donnée pour moi et votre accueil toujours si cordial.

Je vous prie de bien vouloir trouver ici l'assurance de mon affectueuse reconnaissance et de mon profond attachement.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. DUCUING

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

Ancien directeur du C. R. A. C.

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de notre gratitude et de notre profonde admiration.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur à la Faculté

Chargé de la Direction de la Clinique chirurgicale infantile

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Chargé de Cours à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur agrégé à la Faculté

Que nous remercions pour l'honneur qu'il nous ont fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Au Médecin-Colonel BERHO

ancien Médecin-Chef des salles militaires
de l'Hôpital mixte de Tarbes
ancien Médecin-Chef de la Place de Strasbourg

Témoignage de respectueuse affection. Faible remerciement des conseils éclairés et paternels qu'il nous a toujours prodigués.

Qu'il veuille recevoir ici l'expression de notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE TARBES

Monsieur le Docteur MAILHES

ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux
ancien Chef de clinique à la Faculté de Bordeaux
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Tarbes

En le remerciant vivement pour son enseignement et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études.

A LA MEMOIRE
du Docteur MARCASSUS

ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital de Tarbes

En témoignage de notre gratitude pour l'enseignement et les conseils qu'il nous a prodigués.

Il nous laisse l'exemple d'une vie toute de devoir, de bonté et de haute vertu professionnelle.

A TOUS LES MEDECINS, CHIRURGIENS ET SPECIALISTES DE L'HOPITAL DE TARBES

Hommage de notre reconnaissance.

A MON CAMARADE D'INTERNAT
le Docteur Jean MOURA

En souvenir des jours heureux de notre internat.

Introduction

Tenter une intervention sur un anévrysme féssier passait naguére pour fort risqué et les chirurgiens ne s'y aventurarient qu'à contre cœur, même lorsque l'intervention s'avérait indispensable. Et cela, pour deux motifs :

— D'abord du fait de la rarété des cas cliniques.

— Ensuite et surtout du fait de la lourde mortalité qui grévait les statistiques jusque là publiées.

Ayant eu, au cours de nos études, l'occasion de pouvoir observer un cas d'anévrysme de l'artère ischiatique opéré avec succès par le Dr SOUBIRAN, chirurgien de l'hôpital de Tarbes, nous avons pensé qu'il était intéressant de fixer ce cas dans la littérature de la chirurgie artérielle de la région féssière.

L'étude de cette localisation et de son traitement chirurgical constituera le sujet de notre thèse.

Nous ferons dès le début un rappel anatomique de la région féssière, car pour atteindre les vaisseaux nourriciers on se heurte à des masses musculaires profondes dont la connaissance anatomique très exacte est nécessaire. Nous étudierons ensuite les voies d'accès propres à chaque vaisseau, puis nous parlerons des

anévrysmes féssiers en général, ce qui constituera la première partie de notre exposé.

Dans une deuxième partie, nous aborderons le sujet du traitement chirurgical et des diverses méthodes opératoires illustrées de quelques observations puisées dans les littératures françaises et étrangères. Nous citerons ensuite une observation personnelle dont l'ensemble des constatations post-opératoires nous autorise semble-t-il, à classer l'opérée dans la catégorie des interventions donnant un résultat excellent. Cette observation servira de base à notre conclusion.

En résume, nous adopterons donc le plan suivant :

INTRODUCTION.

Première partie :

I. Anatomie de la région féssière.
II. Les voies d'accès.
III. Les anévrysmes féssiers.
- a) définition.
- b) étiologie.
- c) anatomie-pathologique.
- d) physiologie-pathologique.
- e) histologie.
- f) symptomatologie.
- g) formes évolutives.
- h) diagnostic.

Deuxième partie :

Le traitement chirurgical des anévrysmes féssiers.
Les méthodes : directe, indirecte.
Notre observation.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

Notions anatomiques

1° : LES LITS ARTERIELS

A) Squelette

L'ossature de la fesse est constituée par la face postérieure du bassin et de l'articulation coxo-fémorale. La face postérieure du sacrum est marquée sur la ligne médiane par la crête sacrée flanquée des quatre trous sacrés. L'os iliaque s'articule avec l'aileron sacré et son contour présente en arrière l'E.I.P.S.; une échancrure innominée l'E.I.P.I.; la grande échancrure sciatique, la petite échancrure sciatique et la large tubérosité ischiatique.

Au dessus de l'E.I.P.S. s'arque la crête iliaque terminée en avant par l'E.I.A.S. Le contour du bord antérieur est marqué par l'E.I.A.S., l'échancrure innominée, l'E.I.A.I. Si l'on regarde le bassin par sa face postérieure, on voit le relief de la cavité cotiloïde et la branche descendante de l'ischion qui aboutit à la tubérosité ischiatique. En haut, dans la fosse iliaque externe, les deux lignes semi-circulaire antérieure et postérieure marquent de leur crête la surface osseuse

plane. Le cadre osseux s'achève par l'extrémité supérieure du fémur dont la tête est dans la cavité cotiloïde. Le col anatomique, le massif trochantérien limité en dedans par la crête intertrochantérienne, la trifurcation supérieure de la ligne âpre sur le col chirurgical et l'extrémité diaphysaire en sont les éléments principaux.

Le cadre osseux est complété par les ligaments sacro-sciatiques. Le grand ligament sacro-sciatique s'insère en haut sur les épines iliaques postérieures et la partie voisine de la fosse iliaque externe jusqu'à la grande échancrure sciatique sur le bord latéral du sacrum et la moitié supérieure du coccys. Le ligament se porte en bas et s'accroche au bord interne de la tubérosité ischiatique en s'élargissant.

Le petit ligament sacro-sciatique est en avant du précédent triangulaire, il s'attache par sa base au bord latéral du sacro-coccyx, les fibres perpendiculaires à celles du grand ligament sacro-sciatique vont s'aggraffer à l'épine sciatique.

Ainsi se trouvent limités deux orifices qui font communiquer la région fessière et le bassin, l'un au-dessus du petit ligament sacro-sciatique correspond à la grande échancrure sciatique, l'autre, au-dessous et la petite échancrure.

B) Les muscles

Un certain nombre de muscles profonds entrent dans la région fessière par ces orifices.

Le plus important est le muscle pyramidal axe et repère des recherches (fig. 1). Il naît de la

face intérieure du sacrum (2e, 3e, 4e vertèbres sacrées). Il passe dans la grande échancrure sciatique, traverse la région fessière et se termine par un tendon résistant et cylindrique implanté sur le bord supérieur du grand trochanter.

Le pyramidal partage la grande échancrure sciatique en un espace sus-pyramidal, domaine du pédicule fessier et de l'artère fessière et en un espace sous-pyramidal d'où s'évadent les nerfs sciatiques, l'artère ischiatique et l'artère honteuse interne.

Au-dessus de la grande échancrure sur la fosse iliaque externe se fixent les muscles fessiers.

Le petit fessier s'insère au-dessous et au devant de la ligne semi-circulaire antérieure. Son éventail se termine sur un tendon qui s'attache au bord antérieur du grand trochanter. Le moyen fessier recouvre le précédent; il se fixe sur la fosse iliaque externe entre les deux lignes semi-circulaires et sur les trois quarts antérieurs de la lèvre externe de la crête iliaque. Large à l'origine, il fait converger ses fibres sur un tendon inséré sur la face externe du grand trochanter; le bord inférieur du moyen fessier déborde le bord supérieur de la grande échancrure sciatique; les fibres s'attachent sur une arcade fibreuse inconstante : l'arcade de Champenois. Le moyen fessier et le pyramidal sont contigus. Ils échangent même des fibres (fig. 1) l'espace qui les sépare reste cependant visible en dehors et vers les tendons. C'est donc là qu'il faudra le chercher.

Au-dessous de l'épine sciatique un autre muscle tapisse le plan osseux.

L'obturateur interne nait de la face interne de

la membrane obturatrice et du pourtour du trou ischio-pubien. Il converge vers la petite échancrure sciatique et s'y réfléchit pour apparaître dans la région féssière. Il va s'insérer au-dessous du tendon du pyramidal au-dessus de la cavité digitale du grand trochanter

Les jumeaux flaquent l'obturateur interne; le jumeau supérieur au-dessus de lui va de l'épine sciatique au tendon de l'obturateur interne. Le jumeau inférieur va de la tubérosité ischiatique au tendon du muscle obturateur interne.

L'obturateur externe naît au pourtour du trou ischio-pubien, contourne la face inférieure de l'articulation coxo-fémorale et va se fixer par un fort tendon dans la cavité digitale du grand trochanter.

Le carré crural enfin, s'étend transversalement de la face externe de la tubérosité ischiatique au versant externe de la ligne intértrochantérienne postérieure.

Au-dessous de lui commence, le grand adducteur cependant que la tubérosité ischiatique s'attachent le 1/2 tendineux, le 1/2 membraneux et la longue portion du biceps, muscles ischi-jambiers.

2° : LES PEDICULES VASCULAIRES

A) L'artère fessière

Elle est une branche de bifurcation postérieure de l'hypogastrique. Après un très court trajet, elle sort du petit bassin par la partie supérieure de la grande échancrure. Le rebord supéro-interne de celle-ci s'orne d'un tubercule : le tubercule de Bouisson, repère précieux. Une arcade fibreuse unit cette éminence au rebord osseux; ainsi est formé le canal de Bouisson par où l'artère fessière apparaît. Dès sa sortie, elle se divise en une branche superficielle et une branche profonde; la branche superficielle contourne le bord supérieur de la grande échancrure perforant le bord du moyen fessier au-dessus de l'arcade de Champenois. Elle glisse entre le moyen et le grand fessier qu'elle va irriguer. Cette branche superficielle est surtout liée à tort à la place du tronc de la fessière qu'il faut aller chercher profondément dans le bassin au niveau et au-dessous du tubercule de Bouisson (fig. 2).

La branche profonde passe entre le moyen et le petit fessier. L'artère fessière donne en outre une anastomose sus ou sous-pyramidale avec l'artère ischiatique.

Anastomoses. — L'artère fessière contracte de nombreuses anastomoses avec le territoire iliaque externe et fémoral par les circonflexes iliaques, les circonflexes fémorales et les perforantes supérieures de la fémorale profonde.

Avec le territoire iliaque interne par les ilio-lombaires et l'ischiatique.

L'artère fessière est une bonne artère que l'on peut lier sans danger.

Rapports immédiats. — Deux veines accompagnent l'artère. Elles sont très volumineuses et enserrent l'artère d'un torcular si sérré que la dénudation est très difficile. Farabœuf conseille de lier le paquet en masse.

En dehors des vaisseaux, émerge le nerf fessier supérieur qui se ramifie entre le moyen et le petit fessier (fig. 1).

B) L'artère ischiatique

Branche de bifurcation extra-pelvienne de l'hypogastrique, l'artère ischiatique aborde la fesse sous le pyramidal. Elle se porte en bas et en dehors vers l'ischion et se rapproche du nerf grand sciatique dont elle suit le bord interne.

L'artère ischiatique donne un rameau ascendant qui s'anastomose avec la branche superficielle de la fessière, des branches postérieures destinées au grand fessier, une branche terminale descendante qui se dirige vers la cuisse.

Anastomoses. — Avec la fessière. Avec la branche postérieure de l'obturatrice. Avec la circonflexe postérieure et les premières perforantes branches de la fémorale.

L'artère ischiatique est une bonne artère.

Rapports immédiats. — Deux veines suivent l'artère. En dedans, descend le petit nerf anal, en dehors émergent de la grande échancrure sciatique le nerf petit sciatique et le nerf grand sciatique; le petit sciatique plus externe et superficiel se divise presque aussitôt.

Le nerf grand sciatique glisse sur les jumeaux, l'obturateur interne et le carré crural pour rejoindre la face postérieure de la cuisse.

C) L'artère honteuse interne

Elle arrive dans la région fessière en passant au-dessous du pyramidal, en dehors de l'artère ischiatique qui la surcroise de dedans en dehors. Elle contourne la petite épine sciatique et rentre dans le bassin pour gagner la fosse ischio-rectale. Elle donne un ou deux petits rameaux dans la région. Elle peut être liée sans danger.

L'artère honteuse interne est accompagnée de deux veines et du nerf honteux interne qui passe en dedans du paquet vasculaire.

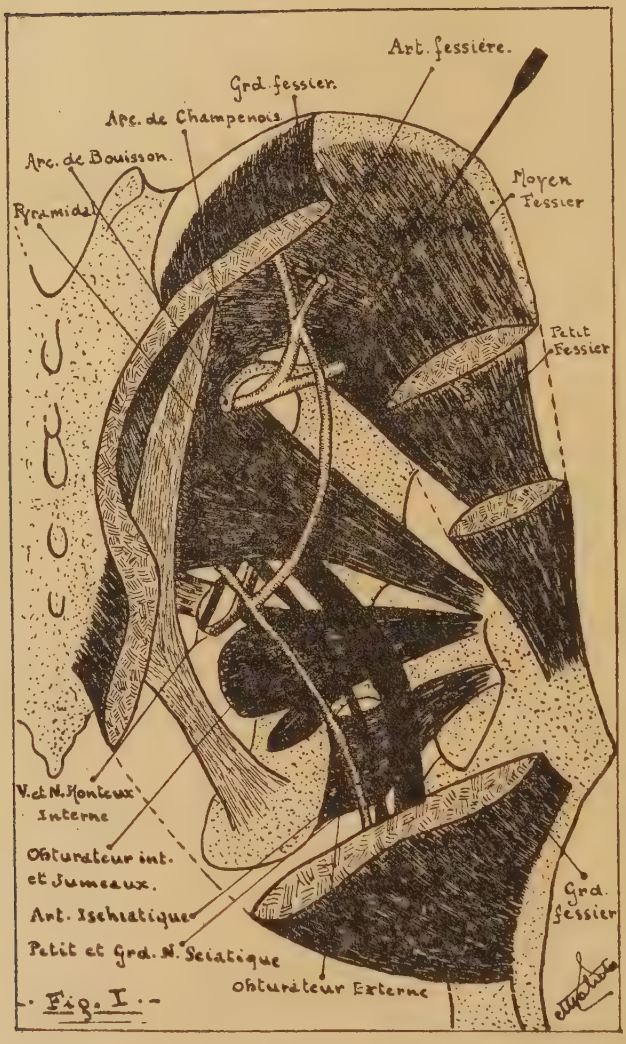

Art. fessière.
Grd. fessier.
Arc. de Champenois
Arc. de Bouisson.
Pyramidal
Moyen Fessier
Petit Fessier
V. et N. Honteux Interne
Obturateur int. et Jumeaux.
Art. Ischiatique
Petit et Grd. N. Sciatique
Obturateur Externe
Grd. fessier

Fig. I.

3° LES RAPPORTS IMMEDIATS DES PEDICULES VASCULAIRES DE LA FESSE

Tous les muscles de la fesse étroitement accolés sont recouverts d'une toile celluleuse mince : l'aponévrose profonde. Les espaces sus et sous-pyramidaux, clefs des ligatures, sont surtout perceptibles en dehors près des tendons; ils doivent être clivés de dehors en dedans.

La couverture de la région est constituée par un plan musculo-aponévrotique désigné sous le nom de deltoïde fessier par analogie avec l'épaule. (fig. 3).

Le deltoïde fessier comprend le muscle grand fessier et le tenseur du fascia lata. Les deux muscles sont unis par une étoile aponévrotique qui représente la portion haute du fascia lata. Sous le plan deltoïdien on trouve un plan de clivage garni de tissu cellulaire lâche. Le chirurgien peut y évoluer à son aise pour découvrir le repère profond pyramidal, (fig. 2).

La peau recouvre le deltoïde fessier.

Le grand fessier naît :

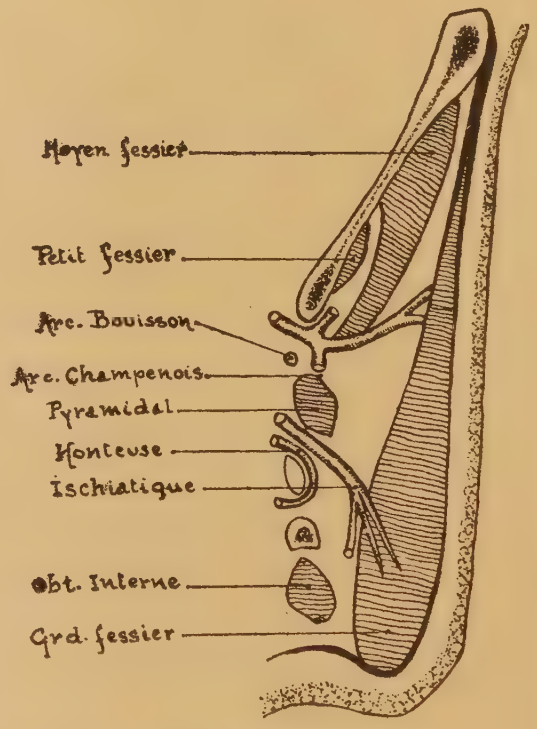
a) Du quart postérieur de la crête iliaque.

b) De la fosse iliaque externe en arrière de la ligne demi-circulaire postérieure.

c) De l'aponévrose lombo-dorsale.

d) Des tubercules sacrés postérieurs et externes.

e) Des bords latéraux des dernières vertèbres sacrées et des vertèbres coccygiennes.


Moyen fessier
Petit fessier
Arc. Bouisson
Arc. Champenois
Pyramidal
Honteuse
Ischiatique
Obt. Interne
Grd. fessier

— Fig. IV —

f) De la face postérieure du grand ligament sacro-sciatique.

Les fibres musculaires se groupent en faisceaux épais séparés par des cloisons aponévrotiques. La traversée du grand fessier est malaisée. Les incisions doivent être pratiquées dans le sens des fibres. Les faisceaux convergent vers deux tendons d'insertion. Un de ces tendons se fixe sur la branche de trifurcation externe de la ligne âpre du fémur. L'autre plus superficiel se perd dans l'aponévrose du fascia lata. (fig. 3).

Le tenseur du fascia lata naît de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le corps charnu se dirige vers le bas et sous-tend l'aponévrose fascia lata.

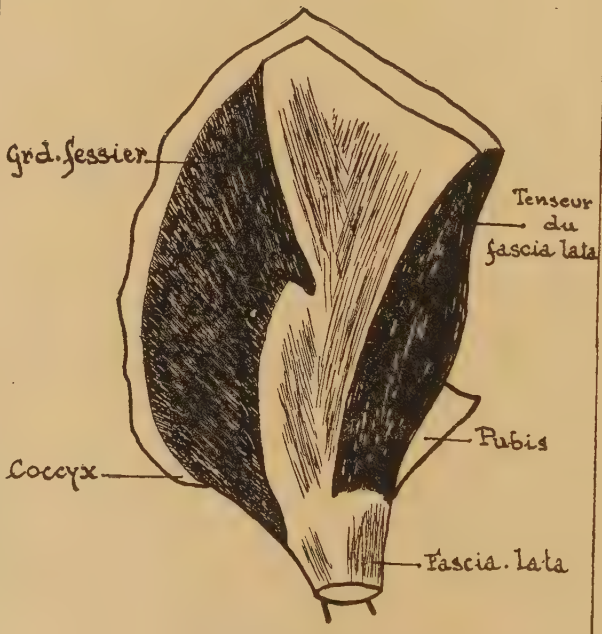
***

De la topographie des vaisseaux et des nerfs de la fesse nous déduirons :

1° **Cliniquement.** — En raison de leur contact osseux la blessure possible des vaisseaux, soit par instruments tranchants (fessière) soit par chute sur le siège (ischiatique).

En raison de la disposition plexiforme des veines la silmutanéité de la lésion de celles-ci d'où la formation d'anévrysmes faux diffus à symptômes initiaux névralgiques ou même paralytiques par suite de l'étroitesse des rapports nerveux; à apparition tardive par suite de la profondeur, ne battant pas et évoluant par poussées, pouvant en somme en imposer pour des abcès ou des tumeurs.

Enfin, en raison de la proximité des différentes artères, l'impossibilité du diagnostic du siège de la lésion d'où :



Le deltoïde fessier

- Fig III -

2° **Opératoirement.** — La nécessité d'une voie d'accès unique permettant l'exploration et la forcipréssure des vaisseaux difficiles à lier. De plus, les interstices vasculaires de la fesse offrent une voie de migration aux collections pelviennes.

La hernie ischiatique sort aussi bien par les interstices sus et sous-pyramidal de la grande échancrure que par la petite échancrure, mais toujours au-dessus du grand ligament sacro-sciatique; elle se diagnostique par là ce qui la distingue de la hernie périnéale.

Il faut également percevoir au travers de l'interstice sus ou sous pyramidal dans sa partie externe la capsule articulaire, et on considérera la fosse iliaque externe dépourvue de tout organe important.

Ainsi, dans la fesse, deux territoires :

1) Sus-spino-trochantérien, avasculaire.

2) Sous-spino-trochantérien s u b d i v i s é en deux :

Une zone interne vasculaire,

une zone externe articulaire.

Les voies d'accès des artères de la fesse

On a décrit en médecine opératoire des voies d'accès particulières à chaque vaisseaux. Or, en pratique, on reste dans l'incertitude sur l'origine de l'hémorragie qui s'exprime objectivement par l'hématome sous-fessier. Déjà Mignon préconisait une voie synthétique, Fiolie et Delmas l'ont encore élargie.

TECHNIQUE

Repères. — a) L'épine iliaque supérieure et postérieure.
b) Le bord supérieur du grand tronchateur.

Positions. — Le sujet en décubitus ventral, le chirurgien se place du côté à opérer. L'aide est en face.

Principes. — La découverte des vaisseaux de la fesse comprend deux temps :

1) Un cheminement au travers du deltoïde fessier.

2) Une recherche en profondeur guidée par la reconnaissance du muscle pyramidal.

Lignes d'incision. - Cheminement.

1) Les auteurs classiques avec **Farabœuf** font une incision sur la ligne spino-trochantérienne, longue de 12 centimètres, son milieu répondant à l'émergence de l'artère fessière (à un travers de main de la ligne médiane) son extrémité interne se recourbant fortement en bas et en dedans pour permettre de débrider le grand fessier afin d'avoir du jour. Le muscle grand fessier traversé, l'opérateur cherche l'intervalle entre moyen fessier et pyramidal; souvent une branche artérielle l'y conduit. L'intervalle trouvé ne pas se laisser prendre à l'arcade de Champenois par où sort l'artère fessière au bord inférieur du moyen fessier; il faut débrider cette arcade et ce n'est que profondément, sous le moyen fessier relevé, qu'on trouvera la véritable émergeance de l'artère au ras de l'os : canal de Bouisson. Il faut l'isoler en rasant l'os iliaque comme si on voulait aller la lier dans le bassin.

L'incision pour la ligature de l'artère ischiatique et de l'artère honteuse interne est exactement parallèle à la précédente, mais située trois centimètres au-dessous, de manière à répondre à l'hiatus sous-pyramidal. Le grand fessier traversé, le nerf grand sciatique sert de point de repère. Cest en dedans de lui qu'il faut chercher les vaisseaux.

L'artère ischiatique est superficielle et doit être cherchée à la face profonde du muscle grand fessier.

L'artère honteuse est profonde; le doitgt enfon-

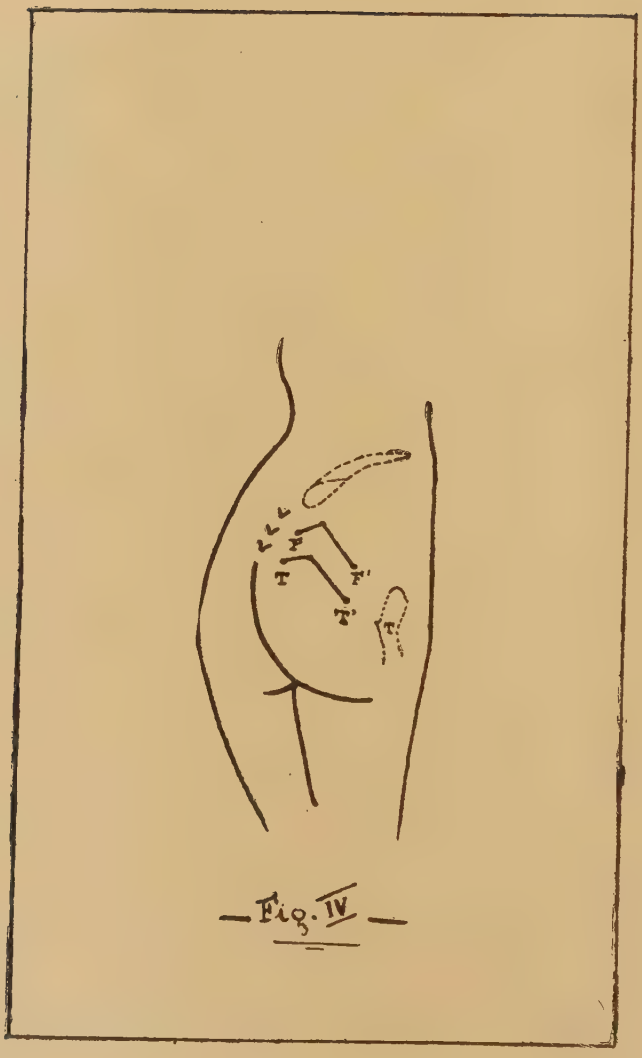
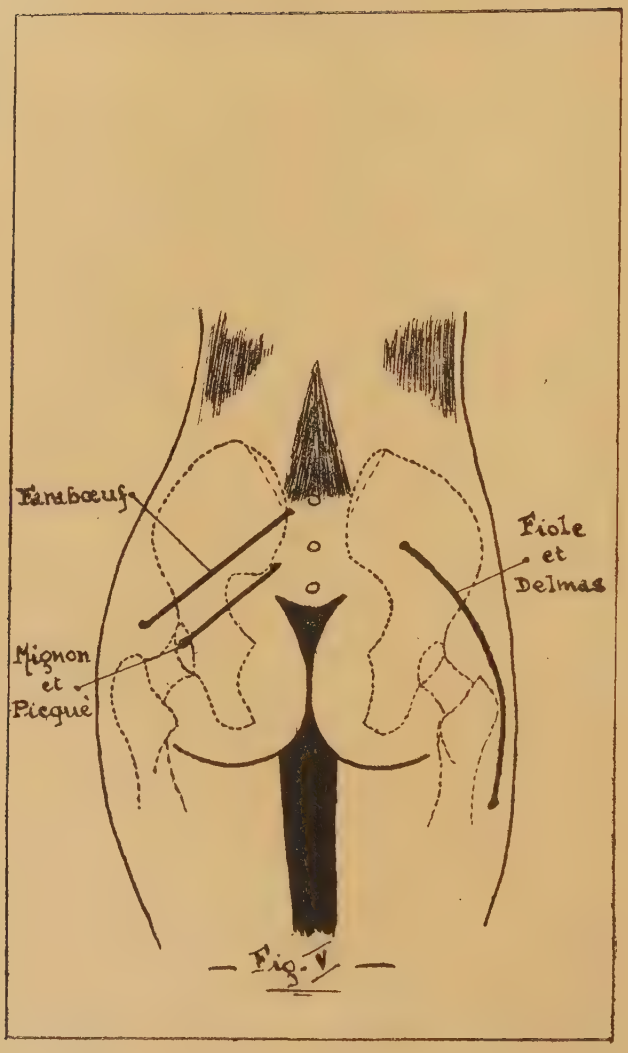


Fig. IV

cé en dedans du nerf sciatique va reconnaître l'épine sciatique et à quelques millimètres en dehors d'elle la sonde cherche à isoler l'artère.

2) **Mignon et R. Picqué** utilisent une incision parallèle à la précédente, située à un travers de pouce au-dessous d'elle. Elle permet d'accéder aux trois vaisseaux de la fesse, car elle conduit le chirurgien directement sur le muscle pyramidal. L'incision mesure quinze centimètres. Inciser en mordant légèrement sur le sacrum. Couper la peau, l'aponévrose fessière. Traverser au bistouri le muscle grand fessier sans dévier. Reconnaître l'espace décollable sous-fessier. Récliner les lèvres de la plaie en les soulevant. Chercher le tendon du muscle pyramidal dans la partie externe de l'incision (repère profond). Remarquer que le grand fessier a été divisé en deux portions : la portion supérieure reste vascularisée par l'artère fessière et innervée par le nerf féssier; la portion inférieure garde son innervation propre (nerf petit sciatique) et sa vascularisation par l'artère ischiatique. Conclusion : la voie de Mignon et Picqué n'est pas mutilante.

3) **Fiole et Delmas** obtiennent un jour plus grand sur les plans profonds de la région fessière en relevant un volet cutanéomusculaire avec un minimum de délabrement. L'incision commence au milieu de la face externe du grand trochanter à trois travers de doigt au-dessous de son bord supérieur. Elle remonte verticalement jusqu'à deux centimètres au-dessus de ce bord supérieur, puis s'infléchissant mollement elle se dirige vers l'épine iliaque postéro-supérieure à deux centi-



— Fig. V —

mètres de laquelle elle s'arrête (fig. 4). Le grand trochanter sert de billot; sur lui on incise le fascia lata. L'incision aponévrotique ouvre le plan de clivage sous-deltoïdient. Le doigt est introduit dans la brêche et détache le deltoïde fessier des plans profonds. Une branche de ciseaux pénètre à son tour dans la brêche guidée par le doigt protecteur. Couper le plan superficiel aponévrotique en suivant fidèlement l'incision cutanée. Le grand fessier est détaché sur tout son bord externe et se laisse soulever, découvrant les muscles profonds et en particulier le pyramidal muscle repère.

Recherche des pédicules vasculaires

A) Recherche de l'artère fessière. — Cliver l'espace sous-pyramidal de dehors en dedans jusqu'à l'angle interne de la plaie. Tâcher de voir une branche superficielle de l'artère fessière tendue pour l'écartement du grand fessier, la suivre débrider le bord du moyen fessier (arcade de Champenois) jusqu'au rebord osseux. Replier à la sonde ou même au doigt le tubercule de Bouisson et en dehors de lui, chercher le tronc de la fessière. Dénuder avec précaution pour aller poser le fil sur le tronc même au-dessous de l'auvent osseux que certains auteurs conseillent de faire sauter d'un coup de pince-gouge. Ce geste est inutile pour exécuter la ligature de médecine opératoire classique. Se souvenir, si l'on ne trouve pas nettement l'espace sus-pyramidal que les

branches superficielles conduisent sûrement au tronc artériel.

B) Recherche de l'artère ischiatique. — Cliver l'espace sous-pyramidal en soulevant le grand fessier; on voit se tendre des branches de l'ischiatique peut exceptionnellement manquer, elle est alors remplacée par un rameau descendant de l'artère fessière très volumineux.

C) Recherche de l'artère honteuse interne. — Au-dessous de l'artère ischiatique tâter de la sonde le petit ligament sacro-sciatique et l'épine sciatique. L'artère honteuse interne les contourne entre les deux puits celluleux des échancrures très profondement sur l'os. Isoler et lier; le nerf honteux interne est en dedans.

4) **Huard et Montagne** s'aident de la désinsertion de l'attache margino-pelvienne. Lorsque le jour est insuffissant, ils taillent un volet osseux aux dépens du bord supérieur de l'échancrure sciatique mordant, si besoin est, sur l'auricule du sacrum ce qui leur permet de lier le tronc de l'artère fessière dans le bassin.

Les Anévrysmes des Artères de la fesse

Définition

L'anévrysme artériel a été defini par Broca « tumeur circonscrite pleine de sang liquide, ou concrété, communiquant directement avec le canal d'une artère et limitée par une membrane portant le nom de sac ». Cette définition qui ne présume pas de la nature et du mode de constitution du sac, s'applique aussi bien aux anévrysmes dits spontanés dont le sac est constitué par une ectasie de la paroi artérielle qui n'est interrompue en aucun point, qu'aux anévrysmes post-traumatiques qui sont l'aboutissant d'un hématome artériel enkysté et chez lesquels le sac est constitué par l'organisation conjonctive de la couche périphérique des caillots de l'hématome. On donne encore parfois à ces anévrysmes post-traumatiques le nom de faux anévrysmes, et Delbet les éliminait du cadre de l'anévrysme qu'il définissait « poche formée par les parois altérés de l'artère et dont la cavité pleine de sang communique avec la lumière des vaisseaux ».

En pratique, il faut s'en tenir à la définition la

plus large, à celle de Broca; définition qui réunit des cas étiologiquement et anatomiquement différents sans doute, mais de physiologie pathologique, d'expression clinique et de nécéssités thérapeutiques semblables.

Etiologie

Les anévrysmes spontanés se rencontrent plus fréquemment chez l'homme (78%) dans l'âge moyen de la vie entre 25 et 50 ans (Lisfranc) et semble-t-il avec une fréquence particulière en Angleterre, en Amérique, au Japon. L'anévrysme est la conséquence d'une mésartérite, d'une altération de la tunique résistante de l'artère.

La nature de cette altération première de la média est variable. Eppinger a inventé un facteur congénital, une aplasie, responsable d'ailleurs d'anévrysmes multiples; dans d'autres cas un mécanisme d'embolie septique semble en jeu, ainsi dans l'endocardite infectieuse, mais se sont là faits d'exception. Rares également sont les anévrysmes qui en dehors de tout facteur traumatique accidentel reconnaissent une cause mécanique.

La grande majorité des anévrysmes spontanés sont liés à l'évolution d'une artérité : l'athérome, mais surtout l'artérité syphilitique. Le processus précis de l'ectasie étudié par Lériche et Policard, semble de même ordre que celui que l'on peut invoquer à l'origine des hémorragies secondaires, mais il s'agit alors d'un processus ectasiant électif atteignant les lames élastiques

de l'artère qui se laissera distendre désormais par la préssion sanguine.

Le mode de constitution des anévrysmes post-traumatiques se résume dans l'organisation, la libération et l'endothélialisation des couches périphériques d'un hématome artériel circonscrit, conséquence d'une rupture où d'une plaie isolée de l'artère.

Anatomie pathologique

Les anévrysmes que l'on observe au niveau des artères de la fesse paraissent obéir à la morphologie habituelle des anévrysmes artériels en général. Aussi, distinguerons-nous :

Anévrysmes fusiformes : dilatation circonférentielle d'une artère, poche en forme de fuseau communiquant largement par ses deux pôles avec les deux bouts de l'artère. Cette forme se rencontre le plus souvent dans les anévrysmes post-traumatiques mais alors la poche est toujours irrégulière et le fuseau généralement dissymétrique.

Anévrysmes sacciformes : type chirurgical des anévrysmes spontanés : ectasie portant sur une zone limitée de la paroi artérielle, réalisant un sac implanté sur l'artère communiquant avec sa lumière par un collet plus ou moins rétréci, adhérent en deça et au-delà sur une longueur variable au tronc artériel.

Il existe des anévrysmes vrais caractérisés par l'éxistence d'une paroi propre nettement indivi-

dualisée. Il existe aussi des anévrysmes faux consécutifs à un hématome artériel secondairement enkysté. La constitution du sac et du contenu de l'anévrysme sont fonction essentielle de l'âge de la lésion.

Un anévrysme jeune est généralement de petit volume. Il n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins, il est rempli par du sang absolument liquide. Avec le temps un processus inflammatoire se réalise au niveau et dans la périphérie de l'anévrysme, dans le même temps la nature du liquide épanché se modifie; de véritables caillots font leur apparition au sein de la poche. Ces caillots sont disposés en couches concentriques. La déficience de la paroi vasculaire qui conditionne la formation d'un anévrysme porte esentiellement sur la tunique élastique de l'artère.

La déficience de la paroi vasculaire, point de départ de la formation de l'anévrysme, reconnaît des causes variables.

Le siège d'un anévrysme de la fesse a une grosse importance au point de vue chirurgical; il peut être situé très haut, on conçoit alors la difficulté des actes opératoires.

Si l'anévrysme émet un prolongement intra-pelvien, il ne faudra pas au cours de l'intervention aborder directement la masse mais aller au préalable pratiquer une ligature de l'artère hypogastrique.

Phisiologie-Pathologique

Contenu du sac : Sang liquide au centre. Caillots blancs contre la paroi résistants.

Caillots rouges entre les deux friables.

Pour Broca : Caillots blancs actifs car se sont les agents du processus de guérison spontanée après ligature. C'est exact.

Caillots rouges passifs, car n'auraient pas de rôle dans le comblement du sac. C'est faux.

En réalité :

Caillots blancs ont pour cause les modifications de l'endartère. La fibrine se déposant d'emblée et non par transformation du caillot rouge.

Caillots rouges passifs ont pour cause la stagnation. Le travail d'organisation ayant pour résultat l'oblitération de l'anévrysme, envahirait les caillots rouges à partir des caillots blancs si la circulation sanguine qui persiste dans l'anévrysme n'empêchait le travail d'organisation de se produire.

L'anévrysme n'a donc aucune tendance à guérir spontanément, au contraire il croît sans cesse et finit par se rompre d'où nécéssité d'intervenir.

Le mouvement du sang dans l'anévrysme est plus une oscillation rytmhique qu'une véritable circulation. Chaque systole améne une certaine quantité de sang dans le sac qui se distend et bat, immédiatement après la systole une certaine quantité de sang reflue du sac dans l'artère.

Balance et **Edmunds** ont schématisé le mode de circulation à l'intérieur des anévrysmes en

évoquant l'image de tourbillons remous et points morts qui se produisent dans une rivière en dessous d'une chute d'eau et les constatations opératoires comme aussi les documents ont confirmé cette description.

Histologie

La lésion anatomique essentielle siège dans la tunique moyenne.

A) Lésions de la paroi vasculaire : Les fibres élastiques diminuent, se fragmentent et disparaissent, de même les fibres musculaires. Ces lésions sont surtout nettes au niveau du collet; à mesure qu'on s'en éloigne, la paroi n'est plus formée que par du tissu conjonctif, d'où résistance médiocre à la préssion artérielle et danger de rupture.

La paroi interne du sac est tapissée par l'endartère proliférée épaissie, infiltrée d'hémorragie interstitielle. On retrouve les lésions d'entartérite dans tous le anévrysmes un peu anciens.

B) Lésions environnantes : Très importantes par les complications qu'elles entraînent; gangue de tissu cellulaire chroniquement enflammé :

— englobe : les nerfs = paralysie, troubles douloureux par névrite.

— comprime : les veines voisines.

— ronge : les os et les viscères voisins; l'ostéite raréfiante amène la destruction des os.

Symptomatologie

1) Dans la majorité des cas, le malade vient consulter pour des douleurs. Les attitudes que prend le malade sont conditionnées par la douleur. Celle-ci est réveillée par la préssion, par l'étirement, l'élongation du membre; elle revêt des modalités variables; à certains moments elle est tolérable, à d'autres moments elle est d'une acuité extrême, douleur à type fulgurant avec sensation d'engourdissement, de fourmillement du membre. La siège de la douleur est au niveau de l'échancrure sciatique, mais elle s'irradie à la face postérieure de la cuisse et de la jambe; elle est provoquée ou éxagérée par la position debout, la marche, la position assise, la secousse de toux, l'éternuement, la défécation.

Elle est provoquée par la préssion tout le long du sciatique (existence des points de Valleix); par des manœuvres d'élongation (signe de Lasseigue).

Dans certains cas, le malade accuse des douleurs qui sont sous la dépendance directe des battements de l'anévrysme. Douleur à type pulsatile rappelant la douleur lançinante des abcès.

2) Dans d'autres cas, le malade a remarqué qu'il était porteur d'une tumeur siégeant au niveau de la région fessière arrondie ou ovoïde, elle est pulsatile, ses battements sont synchrones au pouls, ils s'accompagnent parfois de signe d'expansion. La consistance de cette tumeur est molle, pâteuse, elle est irréductible. L'auscul-

tation révèle quelquefois à son niveau l'existence d'un souffle correspondant à la systole cardiaque.

Les signes physiques d'anévrysmes de la fesse différent suivant que l'on observe le malade au début de l'affection ou à une période plus avancée.

Au début, tous les signes physiques que nous venons d'énumérer existent; plus tard, il n'existe plus de souffle, la tumeur est toujours pulsatile mais l'expansion a disparu.

Les anévrysmes rétro-pelviens peuvent passer imperçus. C'est par hasard que le malade en reconnaît l'existence comme ce fût le cas de l'opéré de Mot, qui en allant à la selle découvrit la pésence d'une tumeur pulsatile. Notons que les signes recherchés au siège de la tumeur sont influencés par la compréssion de l'artère au voisinage de la poche anévrysmale.

Formes évolutives

Il est des cas où les symptômes cliniques caractéristiques d'un anévrysme manquent; la tuméfaction que l'on découvre, irréductible, dure ou pâteuse n'étant animée ni de battements, ni d'expansion et ne donnant aucun souffle à l'auscultation. Elle peut même n'être pas nettement perceptible et ce sont les signes périphériques qui requerront seuls l'attention :

— œdème dur,

— douleurs, fourmillements, parésie musculaire,

— signes d'ischémie, ulcération atrophique,
— hyperkératose cutanée.

L'examen clinique de la circulation périphérique, la prise des oscillations, affirmeront la lésion artérielle, mais seule l'artériographie en permettra le diagnostic exact.

Ce sont souvent de tels anévrysmes muets, parfois totalement ignorés n'ayant même donné aucun trouble fonctionnel qui peuvent se compliquer de gangrène, qu'il s'agisse d'une thrombose extensive du tronc artériel d'une ambolie à distance ou d'un déblocage des collatérales par rupture du sac (Petit Dutaillis et Théodoesco).

Quel que soit le mode évolutif de l'anévrysme artériel, il faut insister sur la gravité de son pronostic; la terminaison habituelle de l'anévrysme artériel, a-t-il été écrit, est la mort du malade car en dehors de la possibilité d'accidents tragiques de rupture, le risque de gangrène doit toujours être considéré comme présent chez tout malade porteur d'un anévrysme.

L'artériographie

L'artériographie est entrée aujourd'hui dans la pratique courante et toute artère de l'organisme peut être explorée par le clinicien. Il est maintenant admis que l'artériographie constitue un moyen d'exploration indispensable dans l'étude des affections artérielles. Comparée à tous les procédés d'exploration clinique, l'artériographie seule est capable de renseigner sur :

— l'état du tronc principal et de ses parois,

— le siège et l'étendue exacte d'une lésion.

— l'état de la circulation collatéeale et la vascularisation en aval, ce qui est capital pour l'établissement du pronostic et des indications opératoires.

Elle renseigne aussi sur le siège exact de l'anévrysme et sur sa modalité physio-pathologique.

Parfois une très belle image de l'anévrysme permet de reconnaître s'il est fusiforme ou sacciforme, à préciser ses dimensions intérieures.

L'artériographie peut encore annoncer une complication par la double image et d'un sac bien visible et d'un hématome enkisté moins opaque qui en double le contour (Ph. Frieh et A. Lévy).

L'apparition de l'artériographie marque une date importante dans l'évolution de la chirurgie artérielle. En dehors de quelques essais sporadiques, après le lipiodolo-diagnostic de Sicard, deux noms lui restent attachés : E. Monis et R. Dos Santos. Tandis que le premier est intéressé par l'artériographie cérébrale, le second a étudié et divulgué l'aortographie et l'artériographie périphérique. En France, la méthode met longtemps à s'imposer en raison d'accidents malheureux qui soulevèrent de très vives discussions devant l'académie de chirurgie dûs à l'emploi de produits non adaptés.

Aujourd'hui la preuve de son inocuité est faite par les travaux de Leriche et Fontaine, Bazy et Reboul, Servelle, le rapport de R. Dos Santos au congrès international de chirurgie de Londres, l'an dernier. Il convient toutefois d'examiner minutieusement les malades et d'éliminer

tous ceux dont l'équilibre vasculaire paraitrait instable, dont la tension artérielle est basse, dont le myocarde est défaillant, ceux qui présentent une trombose à allure évolutive ou sont en imminence de gangrène.

Quoique difficile à effectuer, l'artériographie de la région fessière s'effectue suivant la technique habituelle. Il faudra pratiquer ici l'injection dans la partie basse de l'aorte.

Position du malade : Couché sur le ventre.

Matériel : Aiguille de 12 cm. de long et de 10/10° de mm. de diamètre.

Poins de repères : 12° côte gauche et ligne des aphophyses épineuse. Après désinfection, à quatre travers de doigt de la ligne médiane juste sus la 12° côte, on ponctionne la peau. L'aiguille suit la direction générale de la 12° côte et se dirige vers le corps vertébral de 12, 13, au-dessus de la mésentérique inférieure. On injecte alors cette artère, la circulation pelvienne et la circulation des membres inférieurs. Cette ponction est plus difficile à effectuer que la ponction haute parce que les corps vertébraux sont plus larges et l'aorte moins accesible. De toutes façons il y a une zone dangereuse à éviter : celle où se fait l'émergeance des artères renales L1 et L2.

L'injection doit se faire sous préssion constante et débit continu (3 cc. par seconde et plus). L'appareillage de Dos Santos est donc indispensable. Le cliché est pris en fin d'injection.

Le problème de la substance de contraste est ici plus aigu en raison de la grande opacité à donner au sang aortique. D'après Dos Santos, il

faut utiliser l'iodine de sodium chimiquement pur à 100% sans jamais dépasser 10 à 12 cc, sous anesthésie générale intra-veineuse. Quelquefois, surtout chez les artéritiques ont peut faire appel aux produits organo-iodés (Skiodan à 80%) dont la marge de sécurité est plus grande mais le contraste plus faible.

Le professeur Ducuing et le docteur Enjalbert se proposent d'essayer également la Diodone à 70%.

Les accidents sont peu importants. La ponction du vaisseau est inoffensive. L'aorte, la plus musculaire des artères se laisse piquer sans dommage.

Les accidents d'iodisme sont rares à condition d'éliminer les insuffisants rénaux ou hépatiques. Le professeur Ducuing et le docteur Enjalbert dans un rapport à la société de chirurgie le 27 octobre 1948 ne signalent qu'un seul cas de malade qui après l'exploration a présenté des vomissements et une céphalée passagère.

L'artériographie est donc une méthode d'exploration simple, innoffensive et très demonstrative qui doit donc devenir un examen de routine dans l'exploration et la pathologie des artères. Sans doute, elle ne nous donne qu'une image plane et statique de la circulation artérielle, mais elle est destinée à se perfectionner. La stéréo-artériographie réalisée au Portugal nous donnera le relief et l'artériographie en série réalisée déjà par Caldas à Lisbonne et Reboul à Paris nous donnera une image dynamique de la circulation toute entière artérielle capillaire et veineuse.

Diagnostic

Le diagnostic s'impose en présence d'une tumeur ovoïde ou arrondie sans changement de coloration de la peau, située dans la profondeur de la fesse sur le trajet d'une des artères présentant battement, expansion et souffle systolique.

La palpation apprécie :

1) Que la tumeur est molle et dépressible, mollese variable selon la quantité de caillots actifs doublant la poche.

2) Qu'elle bat : c'est-à-dire qu'elle est animée d'un soulèvement rythmique synchrone au pouls.

3) Qu'elle est douée d'expansion, la caractéristique de l'anévrysme, c'est-à-dire que lorsqu'on applique plusieurs doigts sur la tumeur en cherchant à la saisir on sent à chaque pulsation les doigts repoussés excentriquement par un véritable élargissement de la masse, sensation révélatrice d'une poche se dilatant et se rétractant alternativement.

A l'auscultation on perçoit :

— Un bruit de souffle intermitant, isochrone et de ton variable tantôt bruit de frottements doux, tantôt souffle dur et rapeux.

Certains abcès profonds se différencient de l'anévrysme en ce qu'ils sont peut-être le siège de battements transmis mais n'ont point d'expansion.

Seuls certains sarcomes pulsatifs peuvent cliniquement simuler un anévrysme car ils sont doués d'expansion mais rarement de souffle.

Quant à l'anévrysme artério-veineux, son diagnostic se pose pas, en fait, avec l'anévrysme artériel.

Les cas de diagnostic plus malaisé sont, d'une part celui des anévrysmes muets, d'autre part celui des anévrysmes compliqués brusquement de gangrène, demeurés jusque là latents.

Tout diagnostic d'anévrysme suppose un examen complet du malade et lorsqu'il ne s'agit pas d'anévrysme post-traumatique, la recherche des signés cliniques et sérologiques de la syphilis.

C'est surtout à l'artériographie qu'on demandera les précisions les plus sûres sur le régime circulatoire et l'état de développement du réseau collatéral de suppléances.

Le Traitement chirurgical des Anévrysmes fessiers

La guérison spontanée d'un anévrysme s'est parfois observée, mais rarement. Elle se produit par le dépôt graduel de la fibrine jusqu'à complète oblitération du sac. Il en est découlé diverses thérapeutiques telles que les injections coagulantes dans le sac ou la galvano-puncture. Mais dans la région fessière le seul traitement possible est le traitement chirurgical car les masses musculaires sont trop épaisses et les artères trop bien enfouies pour qu'on puisse injecter le sac, ou essayer la galvanopuncture, moyens d'ailleurs dangereux par le détachement possible d'embolies.

La compréssion élastique, ou la compréssion digitale sont également impossibles. Seule, la ligature suivie de l'extirpation du sac est le traitement de choix.

Or, dans ce procédé chirurgical deux méthodes nous sont offertes;

1) **Une méthode que nous appelerons directe,** car elle consiste à aborder l'anévrysme directe-

ment par l'une des voies d'accès déjà définies; à ligaturer l'artère lésée et à extirper le sac.

2) Une méthode dite indirecte, car s'effectuant en deux temps :

a) Ligature préalable de l'artère hypogastrique, droite ou gauche, suivant la localisation de l'anévrysme dans la région fessière.

b) Dans un deuxième temps, abord de l'anévrysme qui se fera comme dans la méthode directe mais sous couvert d'une hémostase préventive.

Cette question des méthodes a été souvent discutée, mais malheureusement on a peu écrit à ce sujet. Les auteurs classiques parlent évidemment du traitement chirurgical des anévrysmes mais ils ne donnent aucune marche à suivre. Etant frappé par la pauvreté de la littérature médicale relativement à cette question, nous avons entrepris de recenser les observations publiées en France et à l'étranger et relatives à des cas d'anévrysme de la région fessière.

A ces quelques observations que nous avons eu la bonheur de recueillir, nous ajouterons une observation personnelle sur un cas d'anévrysme de l'artère ischiatique opéré par le docteur Soubiran, chirurgien de l'hôpital de Tarbes, suivant la méthode dite indirecte.

1) Méthode directe

Certains auteurs abordent directement l'anévrysme et ont publié quelques observations qui méritent d'être retenues.

Dr. Frischberg (Kiew). Lésions et anévrysmes

traumatiques des artères féssières supérieure et ischiatique. (Archiv für klinische chirurgie), tome C III, fascicule 3, 20 février 1914, p. 679-697. Journal de chirurgie 1914, t. XII, p. 468.

L'auteur cite deux observations d'anévrysme traumatique de la fesse par coup de couteau, non opérés immédiatement et donnant une tuméfaction fessière qui grossit chaque jour. Opérés vingt jours et six jours après la blessure; ligature des deux bouts. Frischberg réunit une statistique de quarante cas de blessures de la fesse. Dans vingt-six cas la blessure s'occompagne d'anévrysme traumatique. Dans trente et un cas la fessière supérieure est atteinte, dans neuf cas l'ischiatique.

19 cas opérés :

11 fois ligature des deux bouts : 2 morts.
5 fois ligature de l'hypogastrique : 2 morts.
2 fois ligature en amont : 1 mort.
1 fois ligature de l'iliaque primitive : mort.

D'après cette statistique, l'auteur conseille d'opérér le plus vite possible les plaies des artères de la fesse et de lier les deux bouts dans la plaie.

Benzo-Pecco (Milan). Anévrysme artério-veineux de la fessière supérieur par blessure de guerre. (Archivo italiano de chirurgia. Bologne. Vol. 16, fas. 5, octobre 1935, p. 702-735).

Dr. Labougle. Anévrysmes de l'artère ischiatique. (Thèse de Paris 1938, n° 213) cite trois observations dont une personnelle. L'auteur a abordé directement l'anévrysme sans qu'il soit nécéssaire de lier l'artère hypogastrique.

Observation I. — Observation de Tillaux :
Le diagnostic n'est pas fait. Abord direct de l'anévrysme dû à une fracture du bassin. Pinces à demeure, guérison.

Observation II. — Revue sud-américaine de médecine et chirurgie. Zéphirino do Almaral, chirurgien de la Santa Casa à Saô-Paolo : Anévrysmorraphie oblitérante nécessitée par rupture du sac et hémorragie au moment de la dissection. Tamponnement. T°; suppuration eschare sacrée, guérison.

Observation III. — Brouille et Labougle :
Anévrysme de l'ischiatique. Diagnostic fait avant l'intervention.
1) Découverte de 'anévrysme.
2) Isolement du sciatique.
3) Dissection de l'anévrysme.
4) Hémostase.
Hématome, mal perforant plantaire qui est en voie de cicatrisation six mois après.

2) Méthode indirecte

Huard et Montagne. Journal de chirurgie T. XXXVII, p. 27 (1931), dit à la page 48 :
« En effet, les lésions artérielles de la fesse quelles que soient leur cause (hémorragies ou anévrysmes) ou leur siège (fessière, ischiatique, honteuse) ont presque toujours été traitées avec succès, depuis Stevens (1812), par la ligature de l'hypogastrique. De même, dans tout hématome anévrysmal traumatique, l'hémostase préventive

de l'hypogastrique doit être considérée comme la règle ».

Dans cet article nous retiendrons quelques observations :

Observation 14 : Muir (1902).

Anévrysme de la fesse. Laparotomie sur bord externe du grand droit. Compression digitale intra-péritonéale de l'hypogastrique par un aide. Découverte et ligature de la fessière. Guérison.

Observation 15 : Rozanoff (1911).

Anévrysme traumatique de l'artère fessière. Laparotomie. Ligature de l'hypogastrique. Incision et ablation du sac. Guérison.

Observation 17 : Herzen (1911).

Deux cas d'anévrysme traumatique de la fesse traités également par ligature préalable de l'hypogastrique sans autre détail.

Observation 50 : Frost.

Anévrysme traumatique de la fessière. Essai d'abord direct impossible à cause de l'hémorragie. Ligature de l'hypogastrique, guérison mais paralysie du gros orteil avec petite zône d'anesthésie malléolaire dûe au traumatisme du nerf sciatique par le tampon après le dixième essai de ligature de l'artère fessière.

Observation 51 : Chavannaz.

Blessure par éclat de grenade. Extraction de 5 éclats. Laparotomie blanche. Au bout de 26 jours nouvelle extraction de 3 éclats. Guérison apparente.

En 1919, douleurs puis abcès.

En 1921, incision d'une collection pyo-hématique. Quelques jours plus tard, hémorragie secondaire grave. Hémostase par tamponnement.

En 1922, nouvel abcès avec sciatique. Incision de Fiolle et Delmas le 2 mars. Découverte d'un anévrysme du volume d'une grosse orange adhérent au sciatique et pénétrant profondément dans le bassin. Gros jet du sang rouge. Résection partielle de la poche. Tamponnement.

Huit jours après (2 jours après l'ablation du tamponnement) hémorragie secondaire grave suivie d'une série de récidives. Paralysie du sciatique gauche complète.

Le 26 avril, ligature transpéritonéale de l'artère hypogastrique gauche. Le blessé est assez chocqué.

Le 27 avril, incision fessière. Curettage de l'ancienne poche anévrysmale. Hémorragie. Résection du bord de la grande échancrure sciatique. Trois pinces à demeure. Guérison définitive, mais persistance de paralysie sciatique.

Dr Ch. Maguine (Charleston).

Anévrysmes fessiers. Annals of Surgery. Vol. LXXXIX n° 5, novembre 1926, p. 760-762. Journal de chirurgie, t. XXX, 1927, p. 421. Négresse de 45 ans présentant une tuméfaction de la fesse avec douleur vive dans le membre inférieur datant de 3 mois et ayant rapidement grossi. Douleurs intenses, séjour au lit. On constate une large tuméfaction pulsatile; diffuse, molle de la fesse gauche, peu douloreuse à la préssion. Thrill net. Rien dans le bassin; le B.W. est positif.

Laparotomie médiane. Ligature de l'iliaque interne gauche. Puis dans la même séance, incision fessière sur la masse. Ouverture du sac. Hémorragie abondante. La compréssion et la ligature de quelques orifices artériels s'ouvrant dans le sac en ont raison. Le sac est évacué de ses caillots et oblitéré par des étages succesifs de suture au catgut. Guérison.

L'auteur insiste sur l'utilité de la ligature de l'iliaque interne avant d'aborder le sac dans les anévrysmes fessier.

A. W. Adams.

Note un anévrysme fessier rompu traité par l'opération d'Antyllus. (The Lancet, vol. CCIV, n° 5197, 7 avril 1923, p. 697).

Journal de chirurgie, t. 22, 1923, p. 157.

Soldat de 30 ans blessé par un éclat de schrapnel à la fesse gauche en 1918. Le projectile est enlevé le lendemain et la plaie guérit sans complications.

Revient à l'hôpital le 5 décembre 1921, parce qu'il a ressenti deux jours auparavant une sensation de déchirure dans la fesse, suivie d'impotence du membre inférieur. Aspect pâle, T°, à 37°, 8. Marche avec canne. Douleur dans la fesse suivie d'impotence du membre inférieur. A la palpation, on perçoit une tuméfaction très sensible, molle et compréssible, avec battements et expansion, synchrones au pouls radial et paraissant sous-jacente au grand fessier. A l'auscultation, bruit systolique qui s'entend jusque dans la fosse iliaque.

Le 7 décembre, ligature trans-péritonéale de l'artère iliaque interne gauche. La tuméfaction diminue et les pulsations disparaissent, mais dès le 16 décembre la tuméfaction diminue et les pulsations réaparaissent.

Le 2 décembre, ligature trans-péritonéale des artères fessières et obturatrice. Disparition des pulsations qui reaparaissent au bout de 3 heures.

Le 30 décembre, un assistant comprime directement l'aorte abdominale à travers l'extrémité supérieure de l'ancienne incision. Taille d'un grand lambeau cutané qu'on rabat en bas et incision de 10 centimètres à travers le grand fessier. On découvre une tumeur bleuâtre avec de faibles pulsations, du volume d'un œuf d'oie partiellement libre. Incision du sac. Jet énorme du sang qu'on arrête avec une compresse et en la déroulant progréssivement on arrive peu à peu à pincer les différents vaisseaux. Ligature du collet du sac en contact avec le bord inférieur de la grande échancrure sciatique. Drainage et tamponnement. Suture de la plaie. Guérison rapide mais non complète; le blessé continue à souffrir de la fesse. Il meurt soudainement le 25 juillet avec des signes rappelant une embolie pulmonaire.

C. Cascioro (Rossono).

Anévrysmes faux traumatiques de la fessière et de la poplitée. Rivista di chirurgia an IV, n° 4, avril 1937, p. 178-186. Vaut-il mieux intervenir directement sur le sac ou lier d'abord l'hypogastrique ?

Donati recommande la première façon de faire.

Palucci préfère la seconde car la ligature de l'hypogastrique pratiquée préventivement peut suffire à donner la guérison.

Loreti (Bologne).

Ligature préventive de l'artère hypogastrique ou agression de l'artère fessière supérieure lésée. (La Clinica; an II n° 8 novembre 1936, p. 691-697).

Faux anévrysme traumatique. On met un fil d'attente sur l'hypogastrique. Au cours de la dissection dans la fesse, grosse hémorragie. On serre le fil, pas d'incident.

Observation personnelle du Docteur Soubiran

Madame F... Gabrielle, âgée de 52 ans, demeurant à Marciac (Gers) adréssée par le docteur Tallier.

Apparition il y a quelques mois d'une sciatique gauche avec léger mouvement fébrile. Son médecin constate l'existence d'une tumeur pulsatile de la fesse. Début par fourmillement et enflure. Traitement par la Thiodérazine.

Antécédents personnels. — Pas d'enfants, pas de fausses-couches. En 1942, la malade subit un traitement au cyanure de Mercure conseillé par le docteur Camps, ophtalmologiste, pour paralysie du VI œil gauche, en rapport avec une plaque de méningite de la base d'origine syphilitique.

Antécédents collatéraux. — Le mari est hospitalisée dans un asile d'aliénés.

Examen. — Effectuée le 20 août 1946. Tumeur pulsatile grosse comme une mandarine située au-dessous de la ligne spino-trochantérienne avec souffle systolique, battements et expansion. Le BW. est négatif.

Intervention. — Pratiquée le 20 août 1946. Préanesthésie par deux injections de Duna 13. Anesthésie générale à l'éther.

Premier temps : Laparotomie médiane sous-ombilicale, décollement localisé du méso-sigmoïde, incision du péritoine pariétal postérieur et ligature de l'hypogastrique gauche près de sa naissance

Deuxième temps : Incision de ligature de l'ischiatique, prolongée par une incision verticale partant du trochanter, dissociation des fibres du grand fessier. On tombe sur l'anévrysme gros comme une mandarine intimement solidaire du nerf sciatique.

Dissection progressive et ligature d'une dizaine de collatérales. On termine par un pédicule plongeant dans le bassin et qui correspond à l'ischiatique. Deux points sur le grand fessier. Drain, suture de la peau aux crins.

Suites opératoires : Légère suppuration de la plaie fessière pendant quelques jours. La malade sort guérie le 11 septembre 1946.

Examen histologique. (Docteur Giaccardy). — Fixation au liquide de Bouin. Coloration hématéine éosine : Caillot fiinibreux étroitement uni à l'endartère. On note la prolifération de l'endothélieum. Epaississement de la tunique

externe est épaisse et contient de petits vaisseaux qui sont eux-mêmes épaissis et en partie oblitérés. Ce dernier caractère est en faveur d'une artérité d'origine spécifique.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade le 15 octobre 1948, c'est-à-dire plus de 2 ans après l'intervention et nous avons constaté que Madame F... présente :

— des cicatrices normales,
— pas d'atrophie musculaire du côté opéré,
— les reflexes sont normaux,

on note simplement quelques troubles subjectifs d'hypovascularisations du côté opéré.

La tension artérielle au coup de pied donne :

A droite 19-10 I=1.

A gauche (côté opéré) à peine ébauché d'oscillations autour de 10.

On ne sent pas les battements de la fémorale du côté opéré.

La marche est normale, mais Madame F... ne peut faire que de petites courses. Elle ne peut dépasser 500 m. Elle peine pour monter une côte. Claudication intermittente.

Malgré ces quelques troubles Madame F... peut continuer à mener une vie normale.

Conclusion

L'observation que nous avons publiée, est un exemple du résultat qu'on peut obtenir par l'application de la méthode dite indirecte.

Cette méthode, nous l'avons vu, rend l'opération plus aisée car tout danger d'hémorragie étant écarté et travaillant sous une bonne hémostase préventive, le chirurgien peut explorer complétement et méthodiquement l'anévrysme qu'il pourra extiper facilement.

Nous pouvons donc conclure que :

Devant tout anévrysme fessier il semble que le traitement chirurgical par la méthode indirecte soit le traitement de choix. La ligature de l'hypogastrique faisant de cette opération une technique aisée et plus sûre réunissant toutes les qualités capables de donner un résultat excellent.

Le Président de la thèse :

DUCUING

Vu, le Doyen :

LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 6 Mai 1949

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

P. DOTTIN

Bibliographie

FORGUE. — Tome I, p. 559 : Les anévrysmes artériels.

BAGOIN, PAPIN, DUVAL. — Tome I, p. 491 : Les anévrysmes artériels.

Nouveau précis de Pathologie chirurgicale. Masson et Cie. Tome I, p. 203 et suiv. : Les anévrysmes artériels.

LERICHE et MOURE. — Rapport au Congrès français de Chirurgie. Octobre 1922.

MATAS. — Résultats immédiats et éloignés de l'anévrysmorraphie. XXXme Congrès français de Chirurgie. Octobre 1922, p. 395.

LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale,* Tome I, 1922.

LERICHE. — *Journal de Chirurgie,* Tome CLVI, n° 6, décembre 1940, p. 3»9.

LERICHE, KUNLIN, FROMENT. — *Journal de Chirurgie,* Tome LVII, n° I, 1941, p. 1.

LERICHE et FRIEH. — *Presse médicale,* 24 octobre 1942, n° 47, p. 661.

LERICHE. — *Physiologie pathologique et Chirurgie des artères.* 1943 (Masson).

FEY, MOCQUOT, OBERLIN. — *Traité de technique chirurgicale.* 1944 (Masson). Tome I, p. 91.

Paul LECÈNE. — *L'évolution de la Chirurgie.* Flammarion, éditeur. 1923, pp. 54, 100 et 120.

Réflexions sur l'Anévrysme et Observations anatomico chirurgicales, par A. SCARPA. Traduit de l'italien par J. DELPECH. Paris, Méquignon-Mervis, 1813.

Traitement des Anévrysmes. Essai sur l'application de la méthode de Brasdor au traitement des Anévrysmes, par Pierre, Paul, Michel DIEULAFOY. Paris, Diedot, 1829. Thèse médecine, Paris, 1829, n° 146.

Mandbuch der Normalen und Pathologischen Physiologie. Tome VII : *Blutzirculation.* Berlin, J. SPRINGER, 1926.

ROVEANU (Jean). — Thèse, Paris, 1935. Contribution à l'étude artériographique des Anévrysmes artériels des membres.

GONZALO DE VERONA Y PRIETO. — De l'Anévrysmorraphie dans le traitement chirurgical des Anévrysmes artériels des membres. Thèse médecine, Paris, 1935.

VIAL (Jean-Louis). — Contribution à l'étude des Anévrysmes spontanés des membres. Thèse, Lyon, 1934.

LÉGER (René). — Les Anévrysmes disséquants des artères viscérales et périphériques. Thèse, Paris, 1942.

LABOUGLE (Gaston). — Anévrysmes de l'artère ischiatique. Thèse, Paris, 1936, n° 213. Maloine, éditeur.

Dr FRISCHBERG-KIEW. — *Archiv. für Clinische Chirurgie,* Tome e III, fasc. 3, 20 février 1914, pp. 679-697. *Journal de Chirurgie,* 1914, Tome XII, p. 468.

BENZO-PECCO. — Milan. *Archivo Italiano de Chirurgia.* Bologne. Vol. 16, fasc. 5, octobre 1935, pp. 702-735.

HUARD et MONTAGNÉ. — *Journal Chirurgie,* T. XXXVII, p. 27, 1931, p. 48.

Dr MAGUIRE (Ch.). — Charleston. *Journal de Clinique,* T. XXX, 1927, p. 421. *Annals of Surgery,* vol. LXXXIV, n° 5, nov. 1926, pp. 750-762.

A. W. ADAMS. — *Journal de Chirurgie*, T. XXII, 1923, p. 157.

CASCORO (C.). — Rossono. *Rivista de Chirurgica*, an IV, n° 4, avril 1937,pp.178-186.

LORETTI. — Bologne. *La Clinica*, an IX, n° 8, nov. 1936, pp. 691-697.

DUCUING (J.) et ENJALBERT. — Exploration radiographique des artères de l'abdomen et des membres. *Société de Chirurgie de Toulouse*, 27 octobre 1948.

AGAR, ROWLANDS et OGILVIO. — L'Anévrysme artériel traumatique des vaisseaux iliaques. *Britisch Medical Journal*, X, 1945, p. 454.

LERICHE (R.). — Principes actuels de la Chirurgie des Anévrysmes. *Journal de Chirurgie*, n°s 3-4, 1946.

MILROY. — Traitement chirurgical des Anévrysmes traumatiques. *Britisch Journal of Surgery*, n° 130, IX, 1945.

LERICHE (R.). — Particularités d'évolution des Anévrysmes spontanés, d'après 16 observations personnelles. *Revue de Chirurgie*, année 66, n°s 5 et 6, mai-juin 1947.

DOS-SANTOS (R.). — Traitement idéal des Anévrysmes artériels et veineux. *Ac. de Chirurgie*, 11 juin 1946.

LERICHE (R.). — De la fréquente multiplicité des Anévrysmes spontanés (9 observations personnelles). *Revue de Chirurgie*, n°s 11-12, novembre-décembre 1947, p. 321.

Dép. lég. 2e tr. 49. Aa 16

Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières